FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

Année 1928 N° 376

THÈSE

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ETAT)

PRÉSENTÉE PAR

Eugène RIGOT

Né le 19 Juillet 1894, à Lyon (Rhône)

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DES ÉPIDERMITES MICROBIENNES ECZEMATIFORMES

Président : M. JEANSELME, *Professeur*

— PARIS —

LIBRAIRIE M. LAC

ÉDITEUR

26, Rue Monsieur-le-Prince (VI^e^)

THESE POUR LE DOCTORAT EN MEDECINE

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

Année 1928 N_____

THÈSE

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ETAT)

PRÉSENTÉE PAR

Eugène RIGOT

Né le 19 Juillet 1894, à Lyon (Rhône)

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DES ÉPIDERMITES MICROBIENNES ECZEMATIFORMES

Président : M. JEANSELME, *Professeur*

— PARIS —

LIBRAIRIE M. LAC

ÉDITEUR

26, Rue Monsieur-le-Prince (VI^e^)

LE DOYEN ..... M. ROGER.

I. — PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	Rouvière.
Anatomie médico-chirurgicale et chirurgie expérimentale	Cunéo.
Physiologie	Roger.
Physique médicale	Strohl.
Chimie médicale	Desgrez.
Bactériologie	Lemierre.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	Brumpt.
Pathologie et thérapeutique générales	Labbé (Marcel).
Pathologie médicale	Sicard.
Pathologie chirurgicale	Lecène.
Anatomie pathologique	Roussy.
Histologie	Champy.
Pharmacologie et matière médicale	Tiffeneau.
Hydrologie thérapeutique et climatologie	Maurice Villaret.
Thérapeutique	Loeper.
Hygiène et médecine préventive	N...
Médecine légale	Balthazard.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	Ménétrier.
Pathologie expérimentale et comparée	Rathery.
Clinique médicale	Carnot. Bezançon. Achard. Widal.
Hygiène et clinique de la première enfance	Marfan.
Clinique des maladies des enfants	Nobécourt.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	H. Claude.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	Jeanselme.
Clinique des maladies du système nerveux	Guillain.
Clinique des maladies infectieuses	Teissier.
Clinique de la Tuberculose	Léon Bernard.
Clinique chirurgicale	Delbet. Hartmann. Lejars. Gosset.
Clinique ophtalmologique	Terrien.
Clinique urologique	Legueu.
Clinique d'accouchements	Couvelaire. Brindeau. Jeannin.
Clinique gynécologique	J.-L. Faure.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	Ombrédanne.
Clinique thérapeutique médicale	Vaquez.
Clinique oto-rhino-laryngologique	Sebileau.
Clinique thérapeutique chirurgicale	Duval.
Clinique propédeutique	Sergent.
Professeur sans chaire	Branca.

II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.	
Abrami	Pathologie médicale.
Alajouanine	Neurologie et Psychiâtrie.
Aubertin	Pathologie médicale.
Basset	Pathologie chirurgicale.
Baudouin	Pathologie médicale.
Binet	Physiologie.
Blanchetière	Chimie biologique.
Brocq	Pathologie chirurgicale.
Brulé	Pathologie médicale.
Cadenat	Pathologie chirurgicale.
Chabrol	Pathologie médicale.
Chiray	Pathologie médicale.
Clerc	Pathologie médicale.
Debré	Hygiène.
Dognon	Physique.
Donzelot	Pathologie médicale.
Duvoir	Médecine légale.
Ecalle	Obstétrique.
Fiessinger	Pathologie médicale.
Garnier	Pathologie expérimentale.
Gatellier	Pathologie chirurgicale.
Giroud	Histologie.
Harvier	Pathologie médicale.
Heitz-Boyer	Urologie.
Hovelacque	Anatomie.
Hutinel	Pathologie médicale.
Joyeux	Parasitologie.
Labbé (Henri)	Chimie biologique.
Lardennois	Pathologie chirurgicale.
Lemaître	Oto-rhino-laryngologie.
Leroux	Anatomie pathologique.
Lévy-Solal	Obstétrique.
Lhermitte	Pathologie mentale.
Lian	Pathologie médicale.
Mathieu	Pathologie chirurgicale.
Mercier (Fernand)	Pharmacologie.
Metzger	Obstétrique.
Mondor	Pathologie chirurgicale.
Moure	Pathologie chirurgicale.
Mulon	Histologie.
Oberling	Anatomie pathologique.
Philibert	Bactériologie.
Quénu	Pathologie chirurgicale.
Richet Fils	Physiologie.
Sézary	Dermatologie et syphiligraphie.
Vallery-Radot (Pasteur)	Pathologie médicale.
Vaudescal	Obstétrique.
Velter	Ophtalmologie.
Verne	Histologie.

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

pour le service des examens

MM.	
Busquet	Pharmacologie.
Guéniot	Obstétrique.
Lequeux	Obstétrique.
Neveu-Lemaire	Parasitologie.
M. Retterer	Histologie.
Tanon	Pathologie médicale.
Zimmern	Physique.

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE

à titre permanent

MM.		MM.	
Alglave	Clinique chirurgicale.	**Le Lorier**	Clinique obstétricale.
Auvray	Clinique chirurgicale.	**Lereboullet**	Clin. médicale infantile
Chevassu	Clinique chirurgicale.	**Léri**	Clinique médicale.
Gougerot	Clinique médicale.	**Mocquot**	Clinique chirurgicale.
Laignel-Lavastine	Clinique médicale.	**Proust**	Clinique chirurgicale.
		Schwartz	Clinique chirurgicale.

V. — CHARGÉS DE COURS

MM. Mauclaire, agrégé		Chargé du cours de chirurgie orthopédique chez l'adulte pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes adultes
Frey		Stomatologie.
Chailley-Bert		Education physique.
Ledoux-Lebard		Radiologie clinique.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A Monsieur le Professeur JEANSELME

Membre de l'Académie de Médecine

Officier de la Légion d'Honneur

Professeur de Clinique des Maladies cutanées et syphilitiques

Médecin de l'Hôpital Saint-Louis

qui a bien voulu accepter la présidence de cette thèse.

INTRODUCTION

Au cours de notre passage à l'Hôpital Saint-Louis, où il nous fut donné d'étudier comparativement et de suivre un certain nombre de cas d'eczémas, et à la suite de nombreux auteurs, nous avons été frappé du polymorphisme de ses manifestations.

Nous fûmes surtout frappé par le fait que certaines manifestations eczématiformes dont l'apparence clinique était sensiblement la même, présentaient certains groupements de caractères qui, du point de vue clinique seul, permettaient de les mettre à part ; cette notion s'affirma dans notre esprit en présence des caractères évolutifs bien particuliers de cette variété d'eczéma.

D'ailleurs, l'application d'une thérapeutique anti-infectieuse nous a permis d'en mieux préciser l'étiologie et de nous rendre compte de l'importance de l'infection microbienne dans la genèse d'un certain nombre de réactions eczématiformes.

Ainsi, avons-nous étudié ces variétés « d'eczémas » ou, mieux, de dermo-épidermites microbien-

nes, surtout pour leurs localisations au niveau des parties glabres où elles posent des problèmes de diagnostic souvent délicats à résoudre, mais qu'il est important de trancher en vue d'une orientation spéciale de la thérapeutique.

Nous n'aurons pas, au cours de ce modeste travail, la prétention de faire œuvre originale ; nous nous efforcerons, simplement, de préciser les caractères de cette dermatose et d'en tirer des conclusions thérapeutiques pratiques.

D'ailleurs, quel que soit le germe, une porte d'entrée est nécessaire ; dès le début, l'attention des auteurs et, en particulier, de Gougerot, avait été attirée sur le rôle important des conditions hygiéniques défectueuses et c'est la pathologie de guerre qui avait permis la description première de ces types. Mais, depuis, sans méconnaître cette cause favorisante, on a découvert, peu à peu, quelles pouvaient être les portes d'entrée de l'infection. Dans certains cas on la trouve facilement et on observe alors l'évolution, l'essaimage, de placards eczémateux autour d'une plaie infectée, d'un ecthyma, de furoncles, d'impétigo, de sycosis, ou, simplement, autour d'une lésion de grattage d'apparence banale. Mais, assez souvent, on ne trouve pas une cause aussi évidente. La lésion eczémateuse paraît banale, mais un examen minutieux peut en faire reconnaître la

nature microbienne. C'est alors qu'il faut rechercher le point de départ discret de cette infection et ce n'est pas seulement dans un but théorique, qu'il faut faire cette recherche, mais bien en vue d'une déduction d'ordre pratique ; car si l'on méconnaît cette cause initiale et si l'on ne détruit pas le repaire microbien qu'elle constitue, on expose le malade à la chronicité et également aux récidives. Averti de l'importance de cette notion, on aura soin de rechercher avec attention l'existence d'un intertrigo discret, en particulier rétro-auriculaire, ou d'une folliculite ou d'une lésion infectieuse banale. Mais surtout, il faut rechercher s'il n'existe pas une rhinite, une conjonctivite, ou une otite latente et méconnue. Parfois même, c'est un panaris minime à évolution chronique mais tenace, qui, de temps à autre, essaime au voisinage et peut déclancher une poussée de dermo-épidermite microbienne.

L'existence de ces repaires d'infection explique la ténacité et surtout les récidives de cette affection. Mais il est important de ne pas méconnaître malgré les caractères microbiens évidents, le rôle du terrain sur lequel se développe cette dermo-épidermite.

Dans certains cas, en effet, on trouve des conditions nettement favorisantes : en particulier chez un eczémateux la réaction de la peau à toute cause irritative prendra un type voisin de celui de l'eczema

maladie. C'est dans ce groupe de cas limites qu'il est souvent très délicat de faire la part réciproque du terrain et de l'infection. Ces faits, par leur fréquence relative, ont entretenu pendant longtemps la confusion.

Ces considérations ne sont pas seulement théoriques et l'expérimentation les a confirmés. Peter a recherché la sensibilité de la peau restée normale des eczémateux, c'est-à-dire loin des placards, à différents germes qu'il avait isolés de certaines variétés d'eczéma et il observait alors une réaction de dermite aiguë expérimentale sous l'influence de ces toxines microbiennes.

Dans d'autres cas l'investigation clinique ne permet pas de reconnaître la préexistence d'un terrain ainsi modifié. Aucun signe de sensibilisation humorale n'est constaté, mais les caractères des lésions, l'importance des récidives, le rôle d'une thérapeutique désensibilisante générale font admettre la modification du terrain. Cet état de sensibilisation humorale peut d'ailleurs à la longue se produire sous l'action toxinique des germes en cause (Gougerot). Mais le plus souvent elle est le résultat de l'action combinée de l'anaphylaxie et de l'action pexique. Dujardin et Decamp ont montré que l'action prolongée de l'anaphylaxie entraîne une pexion portant surtout sur les anticorps. La réaction qui d'abord est

d'ordre général, vasculaire, humorale, deviendra tissulaire puis dermique et à un degré plus avancé, ce stade dermique avec réaction nodulaire pourra devenir épidermique et réaliser des lésions d'eczématides ou d'eczéma.

Actuellement le rôle du terrain est admis par la majorité des auteurs français. Il apparaît d'ailleurs évident, mais ce qui a compliqué pendant longtemps la question, point sur lequel nous nous étendrons longuement, c'est l'intrication des deux facteurs étiologiques qui rend délicate mais nécessaire l'institution d'une thérapeutique appropriée.

D'autres causes générales, d'ordre interne, méritent d'être citées comme facteurs étiologiques accessoires. Pour Darier, l'existence d'un terrain de kérose est souvent rencontrée à l'origine de cette affection. Le terrain diabétique est, on le sait, un élément de prédisposition considérable aux infections cutanées. Les lésions appelées autrefois diabétides sont assez fréquemment d'origine infectieuse. Les germes microbiens partagent d'ailleurs avec les champignons, en particulier les levures, l'étiologie de ces diabétides.

Nous verrons d'ailleurs au cours de l'étude des symptômes et du traitement l'importance de ces multiples données.

DEFINITION

Pendant longtemps on a groupé sous le terme d'eczéma toutes les réactions inflammatoires ou irritatives de la peau à évolution aiguë, subaiguë ou chronique, caractérisées par leurs poussées et leurs récidives fréquentes.

Cette affection s'accompagne d'érythème, sur lequel se développent des vésicules qui s'érodent, suintent, puis se recouvrent de croûtes.

Or, ces réactions cutanées surviennent dans des conditions étiologiques différentes et l'infection est susceptible de les produire.

Il s'agit le plus souvent d'infection atténuée qui ne réalise pas les lésions habituelles de toute infection, mais qui produit sur un terrain particulier une éruption eczématiforme assez semblable dans les grandes lignes à un eczéma « essentiel ».

Ces infections cutanées microbiennes que l'on groupe souvent sous le terme d'eczéma microbien sont appelées par Sabouraud : Epidermites microbiennes ; par Gougerot : dermo-épidermites microbiennes.

Il nous semble préférable d'adopter le terme de dermo-épidermite microbienne eczématiforme, qui a l'avantage de séparer ce groupe de l'eczéma diathésique et de rappeler ses caractères étiologiques et cliniques.

Ces affections sont d'origine strepto ou staphylococcique, le plus souvent mixtes ; nous n'envisagerons pas l'étude des eczématides survenant sur terrain séborrhéique qui, dans un certain nombre de cas relèvent pourtant de l'infection, mais dont le polymorphisme clinique et la banalité évolutive sont bien connus et ne justifient pas d'indication thérapeutique spéciale.

HISTORIQUE

Le rôle de l'infection microbienne dans la production de certains eczémas avait été entrevu depuis longtemps. Si l'école française restait fidèle à la théorie arthritique de l'eczéma, l'école viennoise et allemande, en particulier Unna, dès 1889, faisait jouer à l'infection exogène un rôle exclusif dans la genèse de l'eczéma. Mais Unna avait exagéré l'importance de ce rôle en attribuant à un germe pathogène : le Morocoque la production de tous les eczémas.

Pourtant, de ses travaux, restait la notion de la nature microbienne de certaines dermatoses, en particulier des eczématides.

Les auteurs français restèrent longtemps éloignés de cette conception ; en 1900, Veillon et Sabouraud en démontrant l'amicrobisme de vésicules eczématiques, niaient le rôle de l'infection. En réalité, ils n'envisageaient que l'eczéma-maladie, dû surtout à un trouble général, vraisemblablement humoral, pouvant ailleurs être déclanché par des irritations cutanées.

Déjà avant la guerre, Sabouraud avait décrit des

réactions eczémateuses développées au voisinage de plaies ou de pyodermite, et qu'il comparait étiologiquement au sycosis simple.

Mais surtout pendant la guerre, Gougerot étudia le rôle des infections dans de nombreuses déterminations cutanées. Il décrivit ainsi de multiples variétés morphologiques ; en particulier, il signala la fréquence de dermo-épidermites eczématiformes, au voisinage de plaies septiques, ce qui rendrait leur étiologie presque évidente.

Ces travaux qui se rapportaient à des lésions paratraumatiques ont permis d'isoler cette variété d'épidermite. Cette notion étiologique a autorisé l'extension de ce groupe à d'assez nombreux cas d'épidermite primitive en apparence, où l'on ne constate pas de porte d'entrée, mais dont la nature microbienne a été prouvée depuis.

Dans un article récent, Sabouraud a regroupé ces manifestations qu'il décrit sous le nom « d'eczéma » microbien, et il les divise en trois types étiologiques: les morococcides ou eczéma séborréique, les streptococcides, les staphylococcides, limitant d'ailleurs son étude aux infections du cuir chevelu.

ETIOLOGIE

Les dermo-épidermites microbiennes se rencontrent à tout âge, mais sont particulièrement fréquentes chez l'enfant et chez l'adulte.

Elles sont évidemment occasionnées par la localisation cutanée de germes microbiens, mais si cette infection a un rôle primordial et « déclanchant », il ne faut pas perdre de vue que le terrain sur lequel elle agit est toujours modifié, présentant un état de sensibilisation générale, préexistante ou acquise.

Deux germes se partagent la production de ces épidermites. Si pendant longtemps on a attribué au seul morocoque un rôle essentiel, on s'est aperçu depuis que ces cocci trouvés « agglomérés en amas muriformes sous le plafond des vésicules » n'étaient qu'une variété de staphylocoque.

En fait, on ne trouve que le staphylocoque ou le streptocoque.

Les variétés de staphylocoques trouvées sont nombreuses. On a pu en décrire jusqu'à 10. Mais la plus fréquemment rencontrée est la variété de staphylococcus cutis communis, ou coccus polymorphe

de Cedercreutz qui, cultivé donne des cultures grises, et semble très voisin du morocoque de Unna. Expérimentalement, on a même pu reproduire des vésicules d'eczéma en inoculant sur la peau humaine des cultures de ce germe.

Le streptocoque s'observe également, mais sous diverses variétés. Il est d'ailleurs difficile à isoler. Pour ce faire, il faut employer la technique de Sabouraud. Mais les recherches récentes de Photinos faites dans le laboratoire de M. Milian ont montré la fréquence de ce germe chez des sujets normaux, mais également son existence dans certaines lésions cutanées impossibles à distinguer cliniquement de celles ou le coccus cutis communis est en cause.

Observation I

Pap..., âgé de 27 ans, menuisier.

A été soigné depuis 1923 dans différents services pour des lésions eczématiformes de la face et du cou, En particulier, en 1924 et 25, a suivi un traitement à peu près continu par l'hyposulfite de soude.

Entré pour la première fois à l'hôpital en août 1925 pour des lésions eczémateuses de la face et du cou. Il présente en outre à son entrée des placards psoriasiformes des cuisses et des jambes.

Traité localement au cérat de zinc, au baume Baissade, il reçoit une cure d'autohémothérapie à doses progressivement croissantes.

Puis, au cours de ce premier séjour, ses lésions prennent un aspect assez particulier au niveau de la face, très voisin du sycosis, si bien qu'il est traité par une série d'auto-vaccin, laquelle amène une amélioration assez nette.

Localement, il est traité avec les pommades suivantes avec des résultats très irréguliers : Cérat de zinc, pâte au baume Baissade, pâte ichtyol, pommade ichtyolée camphrée, pâte soufrée cadique. Seuls les bains de permanganate semblent donner quelques résultats mais passagers. Mais l'évolution est très lente et en novembre 1926, le cuir chevelu se prend à son tour, on reprend alors le traitement par les injections d'hyposulfite de soude intraveineux.

Au cours de cette cure désensibilisatrice, en novembre 25 on tente les applications de goudron qui aggravent l'irritation, si bien que l'on est forcé de recourir au liniment oléo-calcaire pendant quelque temps.

En janvier 1926 le malade, toujours à l'hôpital, est remis à une cure par l'auto-vaccin. Les fissurations rétro-auriculaires qu'il présentait alors s'améliorent. Le 4 du mois de juin suivant, après une courte sortie le malade entre à nouveau ; ayant conti-

nué sa cure d'auto-vaccin, il présente alors des lésions de folliculite des régions mentonnière et jugales, et en outre, des fissures rétro-auriculaires, de la blépharite et des placards d'eczéma séborrhéique. Mis au nitrate d'argent, à la pommade, à l'oxyde de zinc, l'état s'améliore un peu jusqu'en fin juin 1926, bien qu'il persiste une infiltration sycosique sans pustules nettes, et des lésions eczémateuses de la face en petits placards disséminés érythémato-squameux. A la suite d'une série d'auto-vaccin et d'un traitement suivi de la blépharite, les lésions s'améliorent et le malade sort en août 1926 très soulagé. Cet état de mieux persiste jusqu'en mars 1928.

Le 27 avril 1928 le malade revient à l'hôpital. Son éruption était réapparue au début du mois précédent, mais augmente considérablement depuis quelques jours.

A son entrée, la réaction érythémateuse est très prononcée à la région inguino-pubienne, mais elle s'étend à distance, au niveau des aisselles, de la face et sur le tronc. Les placards à bords nets sont constitués par une infiltration érythémateuse s'accompagnant de légère pustulation et de tendance au suintement. Le cuir chevelu est également envahi et présente des lésions d'impétigo nettes.

On met le malade au traiement de Sabouraud. La réaction eczémateuse disparaît, mais le malade

conserve quelques lésions folliculaires et de la conjonctivite, avec érythème péri-orbitaire. Il faut mettre le malade au traitement par les bains au sulfate de cuivre et appliquer du collyre à l'argyrol.

Le 25 mai le malade sort guéri.

Observation II

Clo..., impresario, âgé de 33 ans, entre à l'hôpital le 10 mai 1928, pour des lésions érythémato-papuleuses à tendance pustuleuse au niveau de la face et des 4 membres. Ces lésions remontent au 20 avril.

A son entrée, il présente à la face, autour des narines, des sourcils, de la bouche et des oreilles des manifestations d'eczématides mais suintantes et recouvertes de croûtes. Sur le cuir chevelu, existent des lésions semblables mais impétiginisées. A la face dorsale des mains, sur les avant-bras et sur les membres inférieurs existent des placards arrondis nummulaires, à bords nets, qui présentent de la vésiculation, des papules érodées.

Sur certains éléments on observe des pustules et même un élément echtymateux. D'emblée, le malade est mis au traitement de Sabouraud et au régime végétarien. Après 24 heures, les eczématides s'affais-

sent. l'érythème disparaît. Les éléments nettement pustuleux s'améliorent plus lentement. Le 21 mai, il sort complètement guéri, présentant seulement aux points où il avait ses placards de petites taches érythémato pigmentaires. Malgré tout on lui fait continuer le traitement quelques jours.

Observation III

Lang..., terrassier, âgé de 29 ans entre pour la première fois à l'hôpital Saint-Louis le 8 mai 1928.

Il s'agit de la première affection dermatologique qu'ait présenté le malade.

Le début remonte à 8 jours. Des éléments à types d'eczéma séborrhéique apparurent d'abord au niveau du cuir chevelu puis s'étendirent à toute la face, prenant un aspect nettement fissuraire au niveau du sillon rétro-auriculaire ; puis les lésions gagnèrent la base du cou.

Il s'agissait à l'entrée de placards très rouges, fortement squameux sur les bords, avec suintement et croûtes par places.

Les bords étaient assez nettement limités et à distance des placards principaux existaient des points d'attaque ayant un aspect impétigineux.

Etant donné le peu d'irritation des éléments le

malade fut mis sans délai au traitement local de Sabouraud (alcool iodé au 1/100e, pommade au goudron), le malade sortit guéri le 19 mai 1928.

Observation IV

Led..., journalier, entre le 15 avril pour des lésions inflammatoires des deux jambes.

Ce malade, du fait de sa profession, est exposé à recevoir des projections d'huile tiède sur les jambes.

Depuis 2 mois, il a constaté l'apparition d'éléments erythémateux, prurigineux, et récemment l'évolution de 3 folliculites à tendances furonculeuses.

A son entrée, il présente au niveau des cuisses des lésions polymorphes mais très intenses. Il existe des lésions de pyodermite, avec érosions purulentes, mais autour de ces lésions nettes il y a une réaction erythémateuse des téguments, avec infiltration irrégulière, tendance à l'érosion. La limite de ce placard généralisé se fait assez nettement au niveau de la racine des cuisses, avec quelques points d'essaimage à distance.

Mis au traitement par l'alcool iodé et la pommade au goudron de houille, les éléments de pyodermites s'améliorent nettement de même que la réac-

tion eczémateuse. Mais par contre, l'infection devient folliculaire et sous l'application de la pâte au goudron on observe l'évolution de nombreuses folliculites.

On change alors le traitement et on met le malade aux bains de sulfate de cuivre et de zinc (5 gr. de chaque par bain) en même temps qu'on lui applique de la crème d'Alibour. Toute trace de réaction superficielle cutanée disparaît. Mais pendant les jours suivants on ne peut venir à bout de la folliculite et l'on traite le malade par un auto-vaccin. Le 22 mai il sort très amélioré devant continuer en traitement ambulatoire son auto-vaccin.

Observation V

Ber..., cantonnier, 33 ans, entre le 15 avril 1928 pour éruption généralisée de la face ayant débuté 8 jours avant. Le début s'était produit au niveau de l'orifice narinaire, le malade présentant depuis quelques jours un coryza intense. Déjà, en 1927, il avait présenté une atteinte analogue mais moins intense que la poussée actuelle, et qui avait évolué en 3 semaines.

Le placard actuel, très étendu, a gagné toute la face, les oreilles, la face antérieure du cou. C'est un

érythème infiltré, suintant abondamment, présentant de nombreuses érosions et des squames-croûtes jaunes mellicériques. Au pourtour de la narine existent des érosions suintantes, entretenues par le coryza. Il y a également de la fissuration rétro-auriculaire. Les limites du placard sont nettes mais à distance sur la face antérieure du thorax et sur les épaules existent des placards arrondis, érythémateux et suintants.

Le malade est soumis au début à des pulvérisations d'un mélange d'eau et de benjoin. Après 24 heures on lui applique prudemment de la crème d'Alibour.

Le 18 avril, après 2 jours de cette application, le suintement, l'incrustation sont très diminués. La lésion se sèche et s'épidermise, l'érythème persiste seulement autour de l'orifice narinaire. Il faut adjoindre au traitement cutané un traitement nasal interne par applications triquotidiennes d'une solution d'argyrol à 2 %. Dix jours après le malade sort guéri.

Observation VI

Madame Lou..., âgée de 91 ans, entre à l'hôpital Saint-Louis le 18 mai 1928, pour une éruption

à caractères eczémateux qui fut d'abord généralisée puis se localisa aux deux membres inférieurs.

Aucun antécédent ni dermatologique, ni pathologique quelconque. A l'entrée les lésions des membres inférieurs sont constituées par de très grands placards laissant cependant des espaces de peau saine, mais s'étendant sur toute l'étendue des 2 membres. Les placards sont suintants, irrités (des applications de pommade spécialisée y ont peut-être contribué). Les contours sont très nettement limités, il n'y a pas de point d'attaque à distance, mais, les caractères des bords, l'absence de vésicules nettes, de puits eczémateux font poser les diagnostics d'épidermite microbienne eczématiforme.

Après 2 applications de liniment oléo-calcaire, on met en œuvre le traitement à l'alcool iodé et pommade au goudron, et en 4 applications, les lésions très nettement améliorées n'empêchent plus le sommeil et ne sont plus le siège du prurit intense qui les rendaient très pénibles auparavant.

Observation VII

Mme Og..., âgée de 79 ans, est envoyée pour traitement à l'hospice d'Ivry, parce que, depuis dix mois, elle présente des lésions étiquetées eczéma et résistant aux thérapeutiques habituelles.

Même depuis trois mois sous les applications de pommade à l'oxyde de zinc, les lésions se sont étendues et ont gagné toute la jambe droite,, du cou de pied au genou.

A son entrée, le 22 mai 1928, on constate une éruption très irritée et suintante, rouge, cuisante, peu prurigineuse. Ce qui frappe, c'est la limitation très nettement tranchée des deux bords supérieur et inférieur. Il existe, en outre, au niveau de la cuisse, trois points d'attaque ayant l'aspect de petits placards érythémateux. Il n'y a pas de vésiculation visible. Cette atteinte est la première présentée par la malade.

L'examen général ne révèle rien de particulier.

On calme l'irritation par des applications de liniment oléo-calcaire, répétées trois jours de suite, et, le quatrième jour, on commence le traitement de Sabouraud (alcool iodé et pâte au goudron).

En six jours, les lésions se sont affaissées, ne sont plus ni cuisantes, ni douloureuses, les points d'attaque ont presque totalement disparu.

Observation VIII

Duf..., maçon, âgé de 52 ans, entre le 18 mai à l'hôpital pour lésions eczématiformes localisées autour d'un petit ulcère de jambe. Depuis huit

jours, autour d'un ulcère datant de trois ans et demi, atone, sans profondeur, le malade a vu se développer les manifestations actuelles. C'est la première fois que son ulcère se complique.

Des différents traitements employés contre l'ulcère, le dernier en date était le baume du Pérou ; c'est sous ces applications que l'éruption est apparue, s'étendant vite à toute la moitié inférieure de la jambe. Actuellement, autour de l'ulcère, qui mesure un centimètre environ de diamètre et siège à la malléole interne, on constate un grand placard rouge suintant, érosif par place, couvert de croûtes épaisses en d'autres points.

Ce placard s'étend sur toute la moitié inférieure de la face antérieure de la jambe et du cou de pied. Il en existe un semblable, mais plus petit, en arrière du sommet de la malléole externe.

Les téguments du cou de pied et de la partie non éruptive de la jambe sont très pigmentés et violacés, cyaniques.

On constate, en outre, des varices volumineuses aux deux membres inférieurs. Rien d'anormal par ailleurs : la tension artérielle est normale, le cœur ne présente rien de particulier, la réaction de Wassermann est négative dans le sang.

On enlève les croûtes par une application de vaseline et, devant les caractères infectieux que présen-

tait la plaque : limitation de la bordure, suintement trouble, des ulcérations qui n'ont pas les dimensions minimes des puits, points d'attaque malléolaire externe, on applique la méthode de Sabouraud (alcool iodé et pommade au goudron).

Le 25 mai, le placard est complètement disparu et on continue le traitement de l'ulcération atone persistante par les traitements habituels.

Observation IX

Br..., mécanicien, âgé de 49 ans, entre à l'hôpital, le 2 mai 1928, pour des éruptions du type eczémateux siégeant au niveau de la main gauche et de la jambe gauche.

Le 28 mars le malade s'était frappé le dos de la main gauche avec un marteau, déterminant ainsi une petite plaie superficielle et bien limitée. Malgré des pansements antiseptiques, sur la nature desquels nous n'avons aucun renseignement, autour de la petite plaie bientôt cicatrisée, apparaissent des lésions de pyodermite très localisées et surtout le petit placard actuel qui présente tous les caractères d'une dermo-épidermite microbienne (bordure nette, vésicules grosses à contenu louche et bordant la lésion, petits points d'attaque au dos du poignet).

En outre, sur la face externe du tiers supérieur de la jambe gauche, se voient quelques points de pyodermite répartis sur une surface très limitée, d'une pièce de cinq francs environ, et au nombre de trois ou quatre.

Le malade est mis immédiatement au traitement de Sabouraud ; le 7 mai, on constate une amélioration manifeste, mais, le 12 mai, paraissent, au niveau du visage (menton surtout) et de la jambe atteinte, des furoncles qui ont une tendance marquée à progresser.

On fait suivre au malade un traitement par l'auto-vaccin, on panse localement au collargol.

Il semble donc ici que le pansement et surtout que la pommade au goudron ait eu une mauvaise influence sur l'évolution des lésions. Le malade est encore actuellement en cours de traitement pour ses éléments franchement pyodermiques de la jambe et pour une fissuration suintante de la main gauche à type dyshydrosiforme.

Observation X

Mon..., 21 ans, manœuvre, entre à l'hôpital le 27 mars 1928.

Il présente des lésions eczémateuses du dos des

mains qui datent de 1926. Récemment, il vient de faire une poussée vésiculo-érythémateuse de la face qui évolue encore à son entrée.

Au niveau du dos des mains, il présente un placard arrondi, plus important sur la main droite à bords nets, polycycliques, infiltrés avec vésiculation de bordure. Le centre est érythémateux et est le siège de larges érosions suintantes. Des placards arrondis existent sur le dos des phalanges du médius et de l'annulaire.

Mis au traitement banal de l'eczéma (nitrate d'argent et cérat de zinc), il n'y a pas d'amélioration bien marquée.

On applique l'alcool iodé et la pommade au goudron de houille ; la lésion se sèche, diminue, s'épidermise.

Le 27 avril, il sort amélioré, mais non guéri.

Il revient le 11 mai présentant une nouvelle poussée, mais ayant négligé de continuer son traitement. On applique de nouveau le traitement de Sabouraud qui l'améliore.

Observation XI

Ali..., paveur, âgé de de 29 ans, entre pour la première fois à l'hôpital, le 27 mars 1928.

S'étant blessé il y a plus d'un mois, au niveau

du coude gauche, les abords de la petite plaie prirent un aspect impétigineux et les lésions cutanées s'étendirent de proche en proche. Elle atteignirent les membres inférieurs il y a quatre mois.

Le malade étant venu consulter a été calmé pendans quelque temps par des applications de cérat de zinc, mais, il y a six jours, les lésions ont reparu, plus prurigineuses, plus suintantes et plus irritées que jamais.

A son entrée les manifestations cutanées, les premières qu'ait jamais présentées le malade, constituent une éruption suintante, très rouge, avec vésicules assez petites en bordure, et à distance des grands placards, des points d'attaque d'aspect franchement impétigineux. On constate en outre des fissurations au niveau des mains. Ces lésions sont surtout marquées au niveau des deux membres inférieurs et des mains. La face est indemne.

Rien, à l'examen général. Le malade, comme antécédents dermatologiques, ne présente qu'une syphilis, il y a cinq ans, et régulièrement soignée.

Le malade, d'abord un peu amélioré par le nitratage des fissures et le cérat de zinc, fut complètement guéri par la crème d'Alibour.

Le 24 avril, quatre jours après sa sortie de l'hôpital, le malade entre à nouveau avec une nouvelle poussée très étendue. Les quatre membres sont le

siège d'éruption semblable à la précédente ; le tronc est indemne. Le malade est soumis de suite au traitement de Sabouraud (alcool iodé et pommade au goudron),en même temps que l'on entreprend une série d'auto-sérothérapie.

Rapidement, les lésions s'améliorent dans leur ensemble, mais, à la périphérie des places enduites de pommade au goudron, on voit se développer quelques petites pustules qui se calment rapidement par les applications de crème d'Alibour.

Les lésions ayant pris un caractère légèrement lichenifié, on termine la guérison par des applications d'ichtyol en badigeons.

Observation XII

Trez..., chauffeur, âgé de 53 ans, entre à l'hôpital Saint-Louis, le 6 janvier 1928, pour des lésions eczémateuses étendues aux bras et aux jambes avec quelques éléments à caractères d'eczématides au niveau du dos.

Ces lésions, la première dermatose qu'ait présentée le malade, remontent à huit mois. Auparavant, il y a trente ans, le malade avait eu la syphilis qui fut traitée et surveillée. (Les réactions sérologiques sont encore H^4, W^6.)

Le malade est soumis à la cure de jeune de Guelpa, est localement traité avec le nitrate d'argent et le cérat de zinc. En même temps, il suit une cure de calomel « per os », eu égard à sa spécificité antérieure. L'amélioration est assez rapide et on pratique cinq applications de goudroline. Il sort très amélioré le 24 janvier, mais rentre le 27 janvier pour une poussée nouvelle ayant débuté trois jours après sa sortie.

Les lésions sont les mêmes, mais plus suintantes. Les thérapeutiques employées jusque-là avec succès ne font qu'exagérer les symptômes, et l'on abandonne successivement :

Cure de Guelpa, goudroline, traitement antispécifique au bismuth, silicate de soude intraveineux, hyposulfite de soude intraveineux.

Et localement on a des échecs avec les médications suivantes : Huile goménolée, huile blanche, bleu de méthylène.

On reprend, à plusieurs reprises, la cure de jeune, on cherche à calmer l'irritation par toutes les méthodes habituelles (pâte à l'eau, nitrate d'argent, crème d'Alibour).

Le 13 avril, frappés par l'aspect plus nettement infectieux des éléments, on met le malade à la cure de Sabouraud par l'alcool iodé et la pommade au goudron.

On est immédiatement frappé par la remarquable tolérance des lésions à cette thérapeutique. L'amélioration est rapide et, le 28 avril, les lésions ont presque complètement disparu, sauf quelques petits éléments d'apparition relativement récente situés derrière les oreilles et ayant des caractères nettement impétigineux. Pendant le même temps, on continue la cure par l'auto-séro. Le traitement est arrêté trop tôt, une nouvelle poussée se produit, il est de nouveau nécessaire de reprendre cette thérapeutique.

Observation XIII

Mme Foll..., ménagère, âgée de 43 ans, entre le 21 mai 1928 à l'hôpital Saint-Louis, pour eczéma généralisé.

Elle était en traitement à la polyclinique pour spécificité héréditaire depuis le mois d'août 1927.

Le début de l'affection actuelle remonte à deux mois et demi. A cette époque, les mains, seules, étaient prises. Les lésions étaient très sèches. La malade fut soignée en traitement ambulatoire suivant les méthodes habituelles pour ce type de dermatose. Mais, sous ce traitement, les avant-bras, la face se prirent à leur tour. Lorsque la malade entre, elle

présente une éruption étendue aux deux membres supérieurs, à la face, aux cuisses, à l'hypogastre. Les lésions sont très irritées, suintantes.

Il est à noter que la malade porte des traces d'une poussée de furonculose qu'elle aurait eue en avril, sous forme de furoncle du conduit auditif externe, et de l'aisselle droite.

Cette malade, très grosse, ne présentant aucun signe clinique de trouble endocrinien, est suspectée de diabète devant l'aspect rouge, suintant, très irrité, peu vésiculeux des lésions, et aussi du fait que le maximum de l'irritation est au niveau des plis. Mais la malade ne présente ni polyurie, ni glycosurie et sa glycémie ne dépasse pas 1 gr. 25 au litre.

Aucun signe anormal particulier à l'examen général.

Les lésions cutanées sont d'abord calmées par le liniment oléo-calcaire. Les applications de pommade à l'ichtyol semblent améliorer, mais d'une façon transitoire.

La coexistence, avec les lésions de furonculose, les caractères de limitation nette des bords, la présence de points d'attaque à distance des grands placards, font poser le diagnostic d'épidermite microbienne. On applique alors le traitement de Sabouraud, et, en huit jours, les lésions perdent de leur acuité.

Il faut continuer le traitement pendant six jours avant d'obtenir une diminution de la réaction eczémateuse, et on termine son traitement par des applications d'ichtyol.

Observation XIV

L'enfant Gau..., âgé de cinq ans, est amené à l'hôpital Saint-Louis pour un impétigo du cuir chevelu.

A son entrée, le 6 décembre 1927, il présente des lésions étendues banales au niveau du cuir chevelu, mais, en outre, un petit élément au niveau du bras gauche, et une blépharite chronique.

Après traitement habituel, l'impétigo change de caractère, prend un aspect nettement eczémateux et les lésions s'étendent au niveau de la face, avec fissuration du sillon rétro-auriculaire.

Parallèlement à cette transformation, se constituent, au niveau des mains, des éléments de pyodermite.

Les applications de cérat de zinc calment un peu cette poussée, qui est intolérante à toute autre thérapeutique.

Mais, le 1er mars 1928, le petit malade présente un érysipèle du cuir chevelu.

Sous le traitement par l'ichtyol et l'alcool iodé, les phénomènes aigus rentrent dans l'ordre. Ne persistent plus que les éléments du cuir chevelu, le petit placard du début au niveau du bras, et la blépharo-conjonctivite.

On soigne alors activement cette dernière affection, on applique, pour les autres lésions, le traitement mixte alcool iodé et pommade au goudron, et on commence, le 4 mai, des injections d'eau d'Uriage. En une quinzaine de jours les lésions sont absolument séchées et, à cette date, l'amélioration semble persister.

Observation XV

Du..., journalière, âgée de 67 ans, entre le 10 avril 1928, à l'hôpital Saint-Louis, pour des lésions cutanées suintantes prurigineuses, dont le début remonte à trois ans.

Pas d'antécédents dermatologique ni pathologique bien net.

Aucun point particulier dans les antécédents collatéraux, familiaux. Au début, l'affection était surtout caractérisée par son prurit et, aux dires de la malade, par des vésicules.

Des applications médicamenteuses semblent avoir pu exagérer les manifestations cutanées.

Ce n'est que depuis six mois que les lésions ont pris leur extension actuelle.

A l'entrée, la malade, très grasse, présente un érythème très vif, très suintant, surtout marqué aux plis, en particulier dans la région inguinale et vulvaire dans les sillons sous-mammaires, autour de l'ombilic.

Les bords en sont très nets, avec petite collerette desquamative, et points d'attaque à distance. Les examens directs et cultures ne révèlent aucun champignon.

A l'examen général, on constate de la glycosurie (d'ailleurs, la malade accuse de la polydypsie, de la polyurie.

Une glycémie, faite le 20 avril, montre 1 gr. 55 par litre.

La malade est mise au traitement suivant : poudrage à l'ektogan des placards suintants, régime diabétique, insuline à la dose de 20, puis de 40 unités par jour.

Les différents dosages de sucre dans l'urine sont de :

21 grammes au litre, avec deux litres d'urine, le 23 avril ;

12 grammes avec deux litres, le 2 mai ;

5 grammes, avec la même quantité, le 19 mai ;

12 grammes par vingt-quatre heures, le 23 mai.

Les diverses glycémies sont de 1 gr. 55 à l'entrée, 1 gr. 95 le 31 mai.

Les différentes pommades employées, en particulier la pommade du goudron associée à l'alcool iodé exagèrent plutôt les symptômes. Seules, les poudres légèrement antiseptiques, l'huile goménolée améliorent les lésions qui, depuis le début, ont, sous l'influence du traitement interne et diabétique de la désinfection légère, diminué de plus de moitié.

SYMPTOMATOLOGIE

Au cours de l'étude clinique des dermo-épidermites microbiennes, nous n'envisagerons pas la description des eczématides. Ces dermatoses qui sont, en grande partie, de nature vraisemblablement microbienne, présentent une banalité et un polymorphisme symptomatiques et cèdent, d'ailleurs, à n'importe quelle thérapeutique cutanée, principalement réductrice. Survenant toujours sur terrain séborrhéique, elles sont d'un diagnostic le plus souvent aisé, mais la notion de leur nature microbienne fréquente n'entraîne aucune sanction thérapeutique spécifique.

Les dermo-épidermites microbiennes eczématiformes que nous allons décrire se caractérisent par une éruption du type eczémateux dont certains caractères d'apparition, de lésions concomitantes, de progression, d'évolution seront particulièrement mis en lumière.

Nous aurons surtout en vue le type le plus fréquent, dont l'évolution est subaiguë ou chronique.

C'est, d'ailleurs, le type clinique présenté par les malades dont nous avons rapporté les observations, dont la nature microbienne ne s'impose pas tout d'abord mais dont il faut savoir dépister les caractères particuliers.

Le début peut se faire autour d'une lésion purulente, telle que plaie infectée, furoncle, ecthyma. Parfois, c'est un intertrigo, qui devient cuisant, prurigineux, et perd ses caractères. De même, on peut en observer le début dans le voisinage d'un orifice naturel provoqué alors par une rhinite, une conjonctivite ou une otite purulente. Assez souvent, le point de départ est loin d'être évident, il peut se faire au voisinage d'une de ces affections que nous venons de mentionner, mais qui sera passée inaperçue ; parfois même, il paraît encore plus banal et se développe à la limite d'eczéma séborrhéique du cuir chevelu, lésion qui s'impétiginise fréquemment. Tel a été le mode de début dans les observations n^{os} I, II, III.

L'éruption, qui se généralise rapidement, est caractérisée au début par un érythème prurigineux à tendance érosive ; il gagne de proche en proche, mais respecte toujours de grands espaces cutanés.

Lorsque le placard est constitué, il présente, dans ses grandes lignes, les caractères d'un eczéma. Il se trouve constitué par un fond d'érythème d'in-

tensité variable sur lequel font saillie des éléments papuleux ; ces éléments s'érodent rapidement, puis suintent, et, se desséchant, sont recouverts par des croûtes jaune-grisâtre. A ce stade, le prurit est constant, mais variable suivant le sujet. L'évolution de cette éruption va se faire vers la desquamation, entrecoupée de réveils du processus exsudatif, et, dans les formes prolongées, peut aboutir à la lichenification.

Un examen superficiel peut donc faire porter le diagnostic d'eczéma, mais une étude plus attentive de ces éléments cutanés, attire l'attention sur l'origine microbienne possible de l'affection.

Assez souvent, il n'y a pas de vésicules, et, lorsqu'il en existe, elles ne présentent pas le même aspect que les vésicules eczématiques. Celles-ci ne mesurent qu'un millimètre de diamètre, alors que celles de l'épidermite ont une dimension double ou triple. Elles sont, d'ailleurs, disposées en bordure du placard. Leur contenu est presque toujours louche, et lorsqu'elles s'érodent, elles donnent lieu à un suintement trouble ; elles ne produisent jamais de puits eczématiques, mais une érosion peu profonde, plane, un peu comparable à une usure de la peau dont le fond est de couleur rose blafard.

Se desséchant, elles se recouvrent de croûtes

jaunâtres qui peuvent cacher, parfois, une pustulette.

Les bords méritent un examen attentif. Alors que l'eczéma vrai ne présente jamais de bords nets mais, au contraire, un aspect émietté, la limitation du placard d'épidermite est toujours bien tranchée. Les bords peuvent être irréguliers, mais lorsqu'on en suit le contour systématiquement, on n'observe jamais, comme dans l'eczéma, de zone floue intermédiaire entre le placard et les téguments sains. Parfois même, existe un bourrelet où se trouvent les vésicules et, à l'entour, on peut observer une collerette de desquamation, signe important de la nature parasitaire de la lésion.

La plaque a une évolution centrifuge typique, et surtout elle se développe à distance suivant un essaimage particulier ; au niveau des plis de flexion, sur les régions exposées, on trouve, parfois consécutifs au grattage, des points d'attaque.

Ces points d'attaque à distance qui, au début, sont simplement érythémateux, deviennent des plaques nummulaires qui, s'étendant, prennent les caractères du placard primitif.

Cet aspect de la plaque en elle-même, est déjà caractéritique de la dermo-épidermite microbienne. Mais cette notion d'infection sera confirmée par la recherche d'autres signes associés. Au niveau des

plis, on peut trouver un aspect blanchâtre, suintant, avec érosion linéaire du fond du pli qui est la signature de l'intertrigo streptococcique. On peut également trouver d'autres éléments cutanés infectieux : l'impétigo peut exister soit sur la plaque, soit à distance (Obs. I, II, III). Parfois, l'infection est folliculaire à type d'acné ou de furoncle (Obs. II, IV).

Plus rarement, il y a des lésions d'ecthyma ou de périonyxis (Obs. IV). Il faut savoir rechercher, en outre, au niveau des orifices, l'existence d'une rhinite (Obs. V), d'une conjonctivite (Obs. I).

La constatation de ces manifestations nettement infectieuses a une grosse importance et permet de porter, à coup sûr, le diagnostic de dermo-épidermite microbienne.

Ce diagnostic sera d'ailleurs confirmé par l'évolution.

FORMES CLINIQUES

On peut distinguer de nombreuses variétés de dermo-épidermites microbiennes qui peuvent prendre des caractères différents, de morphologie de siège et de terrain.

L'aspect des lésions permet de distinguer quelques types.

L'épidermite peut avoir un caractère nettement aigu, inflammatoire. Elle débute, alors, de manière rapide, par une sensation de prurit, de cuisson de chaleur locale. Le placard s'étend rapidement, il est érythémateux, tendu, luisant, présentant de multiples érosions ovalaires et larges, et laisse suinter abondamment un liquide louche. L'éruption se trouve constituée par de larges plaques mal délimitées, se continuant par des traînées de lymphangite réticulaire, mais les réactions ganglionnaires sont, malgré tout, assez rares. L'évolution de la poussée aiguë dure quelques jours et laisse place à une épidermite subaiguë.

Dans d'autres cas, elle présente un aspect num-

mulaire, dont les bords sont nets, infiltrés, ayant parfois tendance à la végétation. Cette plaque se recouvre rapidement de squames qui, lorsqu'elles sont abondantes, donnent à la lésion un aspect psoriasiforme. Cette variété d'eczéma nummulaire peut se rencontrer en tous points, mais on la trouve surtout au dos des mains (Obs. X), au niveau de la barbe et parfois elle a pu être confondue avec des lésions limitées de trychophytie ou même avec un kérion.

Les formes sèches présentent un aspect desquamatif sans vésicule ni suintement. Leur plaque, très étendue, conserve un aspect organisé avec un bord net, s'accompagnant de desquamation ; leur évolution est toujours très lente et aboutit fréquemment à la lichenification.

Au niveau des mains, la dermo-épidermite peut prendre un aspect de dyshydrose (Obs. IX) et la vésiculation y est intense, mais à distance, on observe des lésions nettement eczématiformes.

Cliniquement, on peut encore décrire des formes franchement impétigineuses, et pour lesquelles le staphylocoque joue un rôle capital, ce sont les staphylocoques de Sabouraud.

Ou bien, la lésion s'accompagne de fissuration et surtout d'intertrigo, le suintement y est abondant, on peut observer de larges vésicules contenant un liquide louche. Dans ce cas, le streptocoque est en

cause, et la lésion peut entrer dans le cadre des streptococcides.

Mais, le plus souvent, la nature microbienne est mixte et, cliniquement, il est difficile de diagnostiquer sur le simple aspect de la lésion quel est le germe en cause.

Suivant le siège, on peut observer des formes localisées particulières.

L'eczéma des plis est un intertrigo strepto-staphylococcique.

Autour des orifices, on peut observer des placards d'épidermite souvent minimes, presque toujours chroniques et tenaces, et qui présentent une tendance fissuraire très nette. Parfois, de ces lésions minimes et négligées, le processus microbien cutané s'étend et détermine une poussée généralisée de dermo-épidermite microbienne eczématiforme. Pour traiter ces lésions, le seul traitement cutané est insuffisant, il faut y adjoindre des soins portant sur l'infection de la cavité naturelle au voisinage de laquelle s'est développée la plaque.

De même, au niveau de varices ou au pourtour d'un ulcère variqueux (Obs. VIII), on peut constater l'existence, dans certains cas, d'une épidermite à limite nette avec points d'attaque à distance, mais qui se distingue des autres variétés par la présence

à son niveau ou dans le voisinage, d'éléments purpuriques.

Au cuir chevelu, les épidermites prennent des aspects différents, bien étudiés par Sabouraud. Cet auteur en distingue trois formes, qui surviennent sur terrain séborrhéique : la première, ou monococcide, est le pityriasis stéatoïde, que peut s'étendre au front, réalisant la corona séborrhéica ; c'est d'ailleurs une variété d'eczématides et nous n'insisterons pas sur sa description. Les deux autres variétés sont nettement microbiennes et se sont constituées par l'extension ou la localisation, au cuir chevelu, de la dermo-épidermite. L'une, caractérisée par ses érosions suintantes, sa tendance extensive à tout le cuir chevelu et même au delà, s'accompagnant fréquemment d'intertrigo rétro-auriculaire peut être classée comme streptococcide. Les staphylococcides qui en sont la troisième variété ont toujours une tendance parfois chez des sujets porteurs de furoncles (Obs. IV, VIII), elles sont constituées par une éruption rouge, recouverte de croûtes jaunes, mélicériques parfois s'accompagnant d'impétigo de Bockhardt ou d'acné nécrotique.

Suivant le terrain : on peut en observer différentes formes chez l'enfant, où la majorité des eczémas est microbienne, remarquable, d'ailleurs, par leur ténacité.

Nous insisterons également sur la dermo-épidermite microbienne du diabétique. C'est un placard eczémateux suintant des régions génitales ou paragénitales (Obs. XV) ; il faut toujours penser à cette étiologie en présence de ces lésions cutanées survenant chez des sujets âgés et, lorsqu'il y a doute, rechercher la glycosurie et, surtout, doser la glycémie.

EVOLUTION

Spontanément, l'épidermite évolue de proche en proche et par poussées. La plaque gagne par ses bords et peut rejoindre les points d'attaque, qui, eux-mêmes, s'étaient étendus. L'amélioration spontanée est très lente et le plus souvent aboutit à la chronicité. Elle change alors de caractères, se sèche, desquame et se lichenifie. A cette période, un processus sensibilisateur auto-toxique peut se produire modifiant l'évolution et rendant difficile la thérapeutique. Souvent, cette évolution peut être coupée par des complications, en particulier, le processus infectieux peut augmenter de virulence ; la plaque peut suppurer, de la lymphangite avec adénite peut survenir, parfois même, on peut observer le développement sur la plaque d'un ecthyma ou d'un érysipèle.

Lorsque l'on applique un traitement banal à cette dermatose, que l'on croit être un eczéma, on n'observe généralement que peu d'amélioration. Mais si au contraire, averti de la nature microbienne

de ces lésions, on applique un traitement antiseptique, antimicrobien qui modifie l'aspect de la lésion, la plaque se sèche, s'aplanit, la progression s'arrête, les signes fonctionnels disparaissent, l'érythème persiste seul pendant quelque temps. Si un traitement prolongé n'est pas appliqué et si les repaires microbiens ne sont pas détruits, on observe des récidives dont le début et l'évolution sont calqués sur la poussée initiale. Nous ne saurions trop insister sur l'importance de cette notion des récidives qui sont liées autant à une désinfection incomplète, qu'aux troubles humoraux sensibilisateurs.

Le pronostic de l'affection est tout à fait différen suivant le stade auquel on la diagnostique et on la traite. Prises au début, les lésions guérissent rapidement et définitivement si le traitement est bien mené et poursuivi assez longtemps. Plus tard, au contraire, et surtout s'il s'agit de récidive, il faut insister sur la tendance désespérante que peut présenter cette affection aux récidives et à la chronicité.

DIAGNOSTIC

Il est surtout important de poser le diagnostic de la nature microbienne d'une éruption, qu'un examen rapide ferait diagnostiquer eczéma. Nous ne reviendrons pas sur la description des symptômes, mais nous croyons nécessaire d'insister sur les caractères principaux : leur extension centrifuge, les points d'attaque à distance, la limitation de la bordure, l'absence de puits eczématiques et surtout la constatation d'autres manifestations infectieuses. L'examen clinique suffit, en général, à poser ce diagnostic.

On pourrait faire des examens microscopiques, mais ils sont toujours délicats de technique et surtout d'interprétation. Lorsqu'on les pratique, on trouve le streptocoque et le staphylocoque isolés ou associés que l'on peut constater à l'examen direct et même ensemencer. Ces études bactériologiques ont été à l'origine des classifications et de l'isolement de ce groupe, mais, pratiquement, il n'est guère nécessaire de les utiliser, d'ailleurs, il est toujours difficile

d'éliminer une contamination possible par germes banaux, saprophytes habituels de la peau. On ne peut donc fonder un diagnostic de nature microbienne qu'en prélevant le liquide d'une vésicule non rompue, ou bien en constatant en culture pure et à plusieurs examens successifs l'existence d'une même race de germes.

Cliniquement, on peut penser à la prédominance d'un germe. Les lésions staphylococciques sont folliculaires, pustuleuses, impétigineuses ; le streptocoque, au contraire, atteint les plis y déterminant un intertrigo suintant; sur les téguments il donne plates d'impétigo de Tilbury-Fox.

Diagnostic différentiel

Il peut être délicat, dans certains cas, de distinguer ces dermo-épidermites, des épidermomycoses qui présentent, comme elles, un bord net, parfois vésiculeux, avec un ou deux points d'attaque, mais dont les contours sont plus régulièrement polycliniques, et sur lesquelles il n'y a aucun caractère inflammatoire.

L'érythrasma se diagnostique facilement par son évolution chronique, latente et sa coloration rose typique.

L'herpès circiné trychophytique, lorsqu'il siège

aux mains et aux pieds, réalise des plaques érythémato-squameuses assez semblables à l'eczéma nummulaire. Mais on peut trouver une notion de contagion par l'animal, et, d'autre part, l'évolution en est plus lente l'infiltration plus nette.

L'eczéma marginé de Hébra s'en distingue facilement par ses lésions extensives squameuses, à figuration particulière.

Mais, bien souvent, le diagnostic des épidermomycoses est plus compliqué et il est nécessaire de faire l'examen direct et l'ensemencement des squames pour mettre en évidence le parasite.

Cette réserve est d'autant plus nécessaire depuis les travaux récents de Ravaut, Basch et Rabeau, sur une épidémie de trychophytie cutanée dont le polymorphisme éruptif défie tout essai de systématisation. Les autres variétés d'épidermites microbiennes dont la nature est la même se distinguent de la forme que nous étudions par l'absence de tout caractère eczémateux et, d'ailleurs, l'aspect des lésions est totalement différent.

Si le diagnostic avec l'eczéma maladie se fait par l'analyse attentive des symptômes que nous avons décrits, il est parfois difficile. En dehors des cas où l'anamnèse permet de conclure, il peut être très délicat de savoir s'il s'agit d'un eczéma secon-

dairement infecté ou d'une épidermite évoluant vers la réaction eczémato-lichenienne. Ces faits, qui sont fréquents, forment un groupe intermédiaire, où agent microbien et terrain sensibilité interfèrent leurs actions.

TRAITEMENT

Lorsqu'on applique, à ces dermo-épidermites, le traitement banal de l'eczéma, on peut observer une exacerbation des lésions ou, tout au moins, on n'obtient pas le résultat qu'on se croyait en droit d'escompter.

Par contre, l'application du traitement antiseptique et antimicrobien, améliore toujours ces affections. Nous l'avons systématiquement appliqué chez bon nombre de malades et chaque fois il se montra nettement supérieur aux autres méthodes thérapeutiques, faisant ainsi la preuve de la nature infectieuse de ces dermo-épidermites. Mais devant l'action de ce traitement local, il ne faut pas méconaître l'utilité d'un traitement désensibilisateur général, qui dans les cas tenaces ou récidivants peut modifier le terrain eczématigène de ces malades. Parfois, il faut varier les antiseptiques, ne pas appliquer aveuglément le même traitement à tous les malades et d'ailleurs nous avons observé la résistance de certaines de ces dermo-épidermites à ce traitement, qui, dans d'autres cas donnait des résultats rapides, même inespérés.

Nous envisagerons successivement, le traitement local puis le traitement général.

Traitement local

D'une application toujours délicate, il demande à être suivi avec soin, minutie et surtout persévérance ; il faut en surveiller la tolérance, l'appliquer progressivement et le continuer longtemps. Mais surtout il faut s'attacher à dépister et détruire les repaires microbiens qui pourraient essaimer à nouveau et nous insistons sur cette notion capitale du traitement des dermo-épidermites microbiennes eczématiformes.

Nous possédons de nombreux antiseptiques cutanés, certains connus et même classiques ont été appliqués avec succès.

Nous mentionnerons l'emploi de l'eau d'Alibour, de la pommade à l'oxyde jaune ou de la pommade au collargol.

Dans les épidermites à tendance impétigineuse ou folliculaire, nous avons utilisé la crème d'Alibour faible, ainsi que les bains au sulfate de cuivre et au sulfate de zinc. Meyer conseille l'application de solution alcoolique de sulfate de cuivre à 5 pour 1000. Dans les cas nettement infectés, on peut utiliser l'huile goménolée et surtout on peut appliquer des colorants tels que le bleu de méthylène, le vert de

méthyle, le violet de gentiane, le cristal violet (Milian).

Nous avons appliqué dans la plupart de nos cas un traitement préconisé par Sabouraud, Il nous a donné des résultats remarquables et presque toujours a été bien toléré. Il faut malgré tout l'appliquer prudemment au début et ne l'étendre que progressivement. De même, il convient de le continuer quelques temps après la guérison apparente des lésions.

Pourtant nous devons mentionner qu'il est parfois nécessaire de l'interrompre et de modifier la thérapeutique, lorsque l'application de la pommade au goudron de houille déclanche une poussée de folliculite, d'acné goudronneuse. Dans deux de nos observations nous avons constaté la guérison des placards eczématisés mais, sous le goudron les folliculites qui existaient déjà se sont étendues.

L'application de ce traitement consiste d'abord en un badigeonnage appuyé d'alcool iodé à 1 pour 100, puis, après avoir laissé sécher, on recouvre le placard, en ayant soin de le déborder largement d'une pommade au goudron de Houille suivant une formule voisine de la suivante :

Goudron de houille lavé neutre.
Lanoline ..... ââ 5 gr.
Oxyde de zinc .....
Vaseline ..... 20 gr.

Ce traitement a le double avantage d'être antimicrobien par l'iode et réducteur par le goudron. Il convient de noter au passage que dans les cas de diagnostic délicat entre épidermomycose et épidermite microbienne on peut appliquer à coup sûr ce traitement ; l'alcool iodé étant en même temps un bon médicament anti-mycosique.

Dans tous les cas, il ne faut pas négliger, répétons-nous, le traitement de la source d'infection et soigner parallèlement à l'affection cutanée les lésions des muqueuses voisines qui peuvent en être le point de départ. Nous avons appliqué ce traitement à des cas de rhinite (Obs. V), de conjonctivite (Obs. I) ou d'otite. Il faut en outre assécher avec soin les intertrigos et pour ce faire, on utilise avec succès la solution forte de nitrate d'argent.

Plusieurs auteurs ont essayé le traitement antimicrobien local. On a préconisé les applications de bouillon vaccin. Jansion et Diot, dans un travail récent, ont rapporté les effets de gélovaccins en pansements locaux.

Traitement général

Dans la plupart de nos cas nous avons institué chez nos malades un régime strict. Dans certains cas même, très irrités, nous avons soumis le malade à la cure de Guelpa pendant deux ou trois jours,

règle de conduite utilisée en particulier par M. Hudelo dans son service hospitalier et dont les bons effets ont été signalés récemment par Chevallier.

Par contre un régime exclusif est formellement contre-indiqué chez les enfants et chez certains malades amaigris et débilités, sur lesquels se développe facilement toute infection microbienne, en particulier streptococcique. Il ne faut pas hésiter à mettre ce groupe de malades à un régime de suralimentation, courant le risque de prolonger la réaction eczématiforme.

Un traitement désensibilisateur général peut être indiqué dans les formes tenaces et récidivantes. On peut utiliser l'auto-sérothérapie ou tous les autres traitements désensibilisateurs sans fonder de trop grands espoirs sur cette intervention thérapeutique. Dans un de nos cas, chez un enfant, nous nous sommes servis d'injection d'eau d'Uriage dont le succès fut net, mais à confirmer.

L'emploi d'une thérapeutique générale antimicrobienne pouvait paraître plus séduisante, et en effet, l'usage d'auto vaccin ou de stock vaccins ont donné quelques résultats. Nous avons utilisé cette méthode dans les Obs. I et IV où le traitement de Sabouraud avait plutôt augmenté les folliculites. Hauduroy, P. Camus et Dalsace ont préconisé récemment dans le traitement de dermites staphylococci-

ques, les injections sous-cutanées de bactériophage anti-staphylococcique de d'Hérelle. Young, Hill, et Denny ont expérimenté l'emploi de mercurochrome 220, mais leurs résultats ne semblent pas probants.

Dans l'état actuel des connaissances thérapeutiques, il nous semble indispensable de mettre en valeur l'importance du traitement local, qui donne le plus régulièrement des bons résultats réservant l'emploi des traitements généraux pour les cas limites chroniques et récidivants, qui d'ailleurs sont parfois incomplètement modifiés par le traitement local.

CONCLUSIONS

1) Le rôle de l'infection dans la production des réactions eczémateuses de la peau n'est plus à démontrer et du cadre général de l'eczéma il faut isoler les manifestations cutanées de l'infection microbienne. Pour éviter toute confusion, il nous paraît nécessaire de dénommer ces eczémas microbiens : Dermo-épidermites microbiennes eczématiformes.

2) Dans la règle on leur trouve comme cause déterminante deux germes : le streptocoque et le staphylocoque. Lorsqu'ils sont isolés, ils peuvent réaliser un tableau clinique assez net : les streptococcides et les staphylococcides de Sabouraud. Mais dans l'immense majorité des cas on n'observe pas une distinction aussi nettement tranchée, ils associent leurs actions, donnant lieu à des formes mixtes.

3) Si l'infection joue un rôle important il ne faut pas méconnaître pour cela la notion de terrain. Toute infection cutanée n'entraîne pas fatalement une réaction eczémateuse, il faut un terrain sensibi-

lisé, soit par « diathèse » soit par l'infection elle-même. Cette notion est en effet capitale : elle permet de classer entre les cas nets et purs d'eczémas diathésiques vrais, et les épidermites franchement microbiennes, toute une série de faits de passage souvent difficiles à interpréter où infection et sensibilisation « balancent » leur influence.

4) Le diagnostic de ces épidermites microbiennes n'est pas toujours facile, car il repose uniquement sur la clinique. L'analyse de leurs caractères éruptifs et évolutifs permet pourtant dans un certain nombre de cas de les reconnaître. Mais il serait préférable, pour emporter le diagnostic à coup sûr de posséder un test biologique ou bactériologique. En fait il est actuellement impossible d'isoler par le simple exament bactériologique les germes de constatation banale au niveau des téguments.

5) Dans tous les cas où il y a certitude ou même simple présomption d'infection, on est en droit d'appliquer un traitement antiseptique ou antimicrobien, quitte a le compléter par un traitement local réducteur, et surtout par un traitement général de désensibilisation du terrain.

BIBLIOGRAPHIE

Artom. — Contributo allo studio delle dermatiti stafilogéné vegetanti. (G. I. M. V., fév. 1923.)

Chevalier. — La cure de jeune intégrale éteint souvent en quelques jours les poussées aiguës des dermatoses, en particulier des dermatoses infectieuses. (Soc. Fr. Derm., juillet 1926.)

Corson. — Etiology of eczéma. (Atlantic Med. J., sept. 1926.)

Darier. — Précis de dermatologie, 1928.

Dennye A. Brefford. — The bactérial treat of certain of chron. pyogen. dermatoses. (Boston Med. a. Surg. J., 6 déc. 1915.)

Dujardin et Decamp. — Pathogénie des réactions cutanées. (Ann. Derm., juillet et nov. 1926.)

Gougerot. — Les dermo-épidermites microbiennes et leur traitement. (Revue de Méd., 1916 ; Annales de Méd., 1918 ; Journal des praticiens, 1917 (nos 17, 18, 26, 50), 1918 (n° 19) ; Paris Méd., 1917 (nos 1, 45) ; Paris Méd., 1918 (nos 6, 44, 51) ; Paris Méd., 1920 (nos 7, 25.) La dermatologie en clientèle, 1927.

Hauduroy, P. Camus, R. Dalsace. — Presse Méd., 22 sept. 1926.

Jansion et Diot. — Le traitement des pyodermites par les gélovaccins. (C. R. Soc. de Biologie, 1925, n° 19.)

Jansion et Diot. — Les gélo-vaccins, leur principe, leur technique, leurs avantages dans le traitement des pyodermites. (Soc. de Derm., 14 juin 1925 ; Congrès de Bruxelles, juillet 1926.)

Marceron et Cavailles. — Les emplâtres vaccins. (Soc. de Derm., 7 juillet 1927.)

J. Meyer. — Vaccinothérapie. (Soc. de Derm., 14 mai 1925.)

J. Meyer. — Solution alcoolique de sulfate de cuivre. (Soc. de Derm., 10 juin 1926.)

Peter. — Deutsch. Dermat. Wochen, 4 avril 1925.

Photinos. — Les strepto de la peau normale. (Soc. de Derm., 7 juillet 1927.)

Ravaut, Basch et Rabeau. — Presse Méd., 16 mai 1928.

D.-D. Roger a. J. Neth. — Impétigo contagiosis in infancy. (Ohio State Med. J., 1er sept. 1919).

Sabouraud. — Pratique dermatologique, 1911, tome III, maladies du cuir chevelu, 1928, tome IV.

Sabouraud. — L'alcool iodé à 1 %, les teintures d'iode dermatologiques. (Entretiens dermatologiques, 1913.)

Sabouraud. — Sur les streptococcides eczématiformes. (Annales de derm., 1927.)

Sabouraud. — Les eczémas microbiens. (Presse Méd., 5 mai 1928.)

Sloimivici et Mlle Ullmo. — Annales derm. oct. 1927.)